



**Universidad
Zaragoza**



**Facultad de
Ciencias de la Salud
Universidad Zaragoza**

**Universidad de Zaragoza
Facultad de Ciencias de la Salud**

Máster de Gerontología Social

Curso Académico 2017 -2018

TRABAJO FIN DE MÁSTER

¿Es diferente la utilización de los servicios sanitarios en mujeres y hombres en España en las personas mayores de 65 años? EESE 2014

Is the use of health services in women and men in Spain different in people over 65? EESE 2014

Autora: Irene Fácil Ledesma

Directora: Concepción Tomás Aznar

Co-Directora: Carmen Muro Baquero

RESUMEN:

Introducción: Pese a los avances conseguidos, las mujeres continúan sin disfrutar de una igualdad real la cual les permita tener análogas oportunidades que los hombres en todos los ámbitos, y específicamente en los referentes a la salud. Estas diferencias se han plasmado en la «paradoja de la morbilidad» característica de los países desarrollados, según la cual los hombres mueren antes pero las mujeres pasan más años con peor estado de salud. Otros determinantes como la edad pueden introducir más factores de desigualdad e inequidad al interseccionar con el género, agravando aún más la situación de las mujeres.

Objetivo: Describir y analizar si existen desigualdades de acceso y utilización de los servicios sanitarios de Atención Primaria (AP), Atención Especializada (AE), Servicio de Urgencias, hospitalización y consumo de medicamentos prescritos y polifarmacia en España en personas mayores de 65 años en función del sexo.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo transversal utilizando como fuente de información la Encuesta Europea de Salud en España de 2014, restringiendo la muestra a las personas encuestadas con una edad superior o igual a 65 años. Las variables independientes se clasificaron según el modelo de Andersen.

Resultados: Se encontraron diferencias significativas en el ingreso hospitalario siendo este más frecuente en hombres con una OR (IC95%): 1,11 (1,03-1,20), así como en la utilización del Servicio de Urgencias (OR: 1,12 IC95%:1,08-1,17) y el consumo de medicamentos prescritos y la polifarmacia (OR: 1,28 IC95%:1,17-1,39 y OR: 1,29 IC95%: 1,24-1,34). En la población casada y la viuda fue en la que se concentraron estas diferencias.

Conclusiones: Los resultados del análisis ponen de relieve desigualdades en los factores de necesidad incluidos, así como diferencias en el uso de los servicios sanitarios analizados, a excepción del servicio de AP y AE entre hombres y mujeres.

Palabras clave: desigualdad de género, utilización de servicios sanitarios, anciano, encuestas epidemiológicas

ABSTRACT:

Introduction: Despite the progress made, women still do not enjoy real equality which allows them to have similar opportunities to men in all areas, and specifically in those related to health. These differences have been reflected in the "paradox of morbidity" characteristic of developed countries, according to which men die earlier but women spend more years with a worse state of health. Other determinants such as age, can introduce more factors of inequality and inequity by intersecting with gender, further aggravating the situation of women.

Objective: Describe and analyze if there are any inequalities in access and utilization of health services in Primary Care, Specialized Care, Emergency Department, hospitalization and consumption of prescription drugs and polypharmacy in Spain in people over 65 years of age depending on the sex.

Methodology: A cross-sectional descriptive study was carried out using as source of information the European Health Survey in Spain of 2014, restricting the sample to the surveyed people with an age greater than or equal to 65 years old. The independent variables were classified according to the Andersen model.

Results: Significant differences were found in hospital admission, this being more frequent in men with an OR (95% CI): 1.11 (1.03-1.20), as well as in the use of the Emergency Department (OR: 1.12 95% CI: 1.08-1.17) and the consumption of prescribed drugs and polypharmacy (OR: 1.28 IC95%: 1.17-1.39 and OR: 1.29 IC95%: 1.24-1.34). It was in the married and the widow population that these differences were concentrated.

Conclusions: The results of the analysis indicate inequalities in the needing factors included, as well as differences in the use of the health services analyzed, with the exception of the service of PC and EC between men and women.

Key words: gender inequality, use of health care services, aged, health surveys

ÍNDICE:

1. INTRODUCCIÓN	6
1.1. Equidad de género y salud:	7
1.2. Diferencias de género en la utilización de servicios sanitarios:	8
1.3. Utilización de los servicios sanitarios en la población adulta mayor:	10
2. OBJETIVO	11
2.1. Hipótesis:	11
2.2. Preguntas de investigación:	11
2.3. Objetivo general	11
2.4. Objetivos específicos	12
3. METODOLOGÍA	12
3.1. Diseño del estudio y fuente de información:	12
3.2. Muestreo:	12
3.3. Población de estudio:	12
3.4. Consideraciones éticas:	12
3.5. Variables del estudio:	13
3.5.1. Variables dependientes:	13
3.5.2. Variables independientes:	14
3.6. Análisis estadístico:	19
4. RESULTADOS	19
4.1. Consulta al médico general y al médico especialista	21
4.2. Consulta al servicio de urgencias y hospitalización:	25
4.3. Consumo de medicamentos prescritos por un médico:	29
4.4. Factores de necesidad	32
5. DISCUSIÓN	33
6. CONCLUSIONES	38
7. AGRADECIMIENTOS	39
8. BIBLIOGRAFÍA	40

ÍNDICE DE TABLAS:

- Tabla 1: Variables dependientes del estudio	17
- Tabla 2: Variables independientes del estudio (según el modelo de Andersen, 1995) ³⁰	18
- Tabla 3: Distribución de los sujetos del estudio según el sexo	19
- Tabla 4: Recuento y distribución porcentual de mujeres y hombres según los factores predisponentes estudiados (edad, estado civil, nivel de estudios y clase social):	20
- Tabla 5: Recuento y distribución porcentual de mujeres y hombres según los factores de necesidad estudiados (salud percibida, salud real y grado de limitación funcional).....	21
- Tabla 6: Utilización del médico de Atención Primaria y Atención Especializada en ≥ 65 años en función del sexo	22
- Tabla 7: Utilización del médico de Atención Primaria y Atención Especializada en función del estado civil y el sexo	23
- Tabla 8: Utilización del médico de Atención Primaria y Atención Especializada en función de la edad y el sexo	23
- Tabla 9: Utilización del médico de Atención Primaria y Atención Especializada en función del nivel de estudios y el sexo.....	24
- Tabla 10: Número medio de consultas al médico de Atención Primaria y Atención Especializada en función del sexo.....	25
- Tabla 11: Utilización del Servicio de Urgencias e hospitalización en función del sexo	25
- Tabla 12: Odds ratio de la utilización del servicio de Urgencias y Hospitalización en función del sexo.	26
- Tabla 13: Utilización del Servicio de Urgencias y hospitalización en función del estado civil y el sexo	27
- Tabla 14: Utilización del servicio de Urgencias y hospitalización en función de la edad y el sexo	27
- Tabla 15: Utilización Urgencias y hospitalización en ≥ 65 años en función del nivel de estudio y el sexo	28
- Tabla 16: Número medio de ingresos hospitalarios, duración (en días) del ingreso y utilización en función del sexo.....	29
- Tabla 17: Consumo de medicamentos prescritos por un médico en ≥ 65 años en función del sexo	29
- Tabla 18: Odds ratio para el consumo de medicamentos prescritos en ≥ 65 años en función del sexo	29
- Tabla 19: Consumo de medicamentos prescritos en ≥ 65 años en función del estado civil y el sexo	30

- Tabla 20: Consumo de medicamentos prescritos en ≥ 65 años en función de la edad y el sexo	30
- Tabla 21: Consumo de medicamentos prescritos en ≥ 65 años en función del nivel de estudio y el sexo	31
- Tabla 22: Polifarmacia en función del sexo	31
- Tabla 23: Odds ratio para polifarmacia en hombres y mujeres.....	31
- Tabla 24: Diferencias en función del sexo para los distintos factores de necesidad estudiados (salud percibida, salud real y grado de limitación funcional producido por enfermedades crónicas).....	32
- Tabla 25: Odds ratio de la utilización del servicio de Urgencias y Hospitalización en función del sexo	32

1. INTRODUCCIÓN:

El concepto de “desigualdad en salud” alude a las diferencias existentes en los recursos y oportunidades en relación a la salud que presentan las personas en función de su clase social, etnia, territorio o género.¹

Estas diferencias, “injustas y evitables”, se traducen en una peor salud en los colectivos sociales más desfavorecidos, erigiéndose como responsables de generar un exceso de morbi-mortalidad respecto a gran parte de los factores de riesgo de enfermar conocidos.^{1,2,3}

Numerosos estudios científicos consultados demuestran, que a pesar de que estas desigualdades son evidentes, y existen en cualquiera de los ámbitos en que se estudien, pueden reducirse mediante intervenciones y políticas públicas sanitarias y sociales oportunas.^{4,5,6}

Dichas políticas, representan, en la actualidad, una prioridad para muchos países, recogiendo la necesidad de su implantación en el segundo objetivo de la estrategia de Salud para el siglo XXI de la Organización Mundial de la Salud (OMS): “Para el año 2020, las diferencias en salud entre los grupos socioeconómicos de cada país, se deberán reducir en al menos una cuarta parte en todos los estados miembros, mediante la mejora sustancial del nivel de salud de los grupos más desfavorecidos”.⁷

Como parte de este planteamiento estratégico, se creó en 2005, la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, con el fin de obtener datos reales que permitiesen estudiar las medidas e intervenciones más adecuadas para internacionalizar la lucha frente a este conflicto y lograr la equidad en salud que tanto se persigue.^{8,9}

Sin embargo, pese al interés creciente que despierta, en España quizás no ha contado con la prioridad política necesaria. Si bien es cierto, que en 1994 se estableció una Comisión para el estudio de las desigualdades sociales en salud, que en 1996, aportó un informe donde se describían detalladamente las desigualdades en mortalidad, salud percibida, conductas relacionadas con la salud y utilización de los servicios sanitarios en España, su impacto no fue el esperado, la repercusión de sus datos fue escasa y no se emprendieron estudios posteriores en base a las líneas de investigación planteadas.¹

De esta manera comenzaron a sucederse estudios que trataron el tema de nuevo sin abordarlo desde la perspectiva intervencionista, y en el 2004, continuando con la temática

descrita, se publicó el informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, evidenciando la posición socioeconómica, el género, el territorio y más recientemente la inmigración, como ejes de desigualdad con llamativo impacto sobre la salud poblacional.¹⁰

1.1 Equidad de género y salud:

Gran parte de la producción científica citada en relación a las desigualdades en salud, ha contemplado el problema desde la perspectiva socioeconómica y territorial fundamentalmente. De modo que, solo en los últimos años, se ha comenzado a explorar con mayor profundidad la perspectiva de género, probablemente como consecuencia de la mayor relevancia social y económica de la mujer, y de las recientes reivindicaciones en materia de igualdad entre sexos, que cobraron fuerza legal en España a raíz de la Ley Orgánica 3/2007, del 22 de marzo, para la igualdad efectiva entre hombres y mujeres.^{11,12}

A diferencia del término sexo, el cual alude a las diferencias biológicas entre el hombre y la mujer, el género hace referencia al significado social que comportan dichas diferencias biológicas. De manera que, la pertenencia a uno u otro sexo, conlleva de manera implícita una esfera de comportamientos y actitudes asociados, que se traducen en asimetrías institucionalizadas entre hombres y mujeres en relación al acceso a los recursos y el poder sobre los mismos. De ahí, que el objeto de interés en materia de género no sean la mujer o el hombre en sí mismos, si no las desigualdades entre las relaciones sociales existentes entre ellos, así como el impacto que dicha desigualdad ejerce sobre la vida de las personas.¹

Cabe señalar que no toda desigualdad entre hombres y mujeres implica inequidad de género. Este concepto debe reservarse para aquellas que puedan ser consideradas “innecesarias, evitables e injustas”, y que puedan asociarse a su vez a desventajas sistemáticas en el plano socioeconómico.¹³

Por todo lo citado, resulta fundamental comprender que la equidad de género no persigue obtener unas cifras de morbi-mortalidad iguales entre hombres y mujeres, sino la supresión de aquellas diferencias evitables en el acceso a las oportunidades de poder disfrutar de la propia salud y de no enfermar, discapacitarse o morir por causas que puedan prevenirse. Lo exigible, por tanto, no son cuotas equitativas de recursos y servicios para ambos sexos, sino la repartición de los mismos de acuerdo a las necesidades individuales y su contexto socioeconómico.^{13,14,15}

Pese a los avances conseguidos, las mujeres continúan sin disfrutar de una igualdad real la cual les permita tener análogas oportunidades que los hombres en todos los ámbitos, y específicamente en los referentes a la salud.¹⁶

Estas diferencias se han plasmado en la «paradoja de la morbilidad» característica de los países desarrollados, según la cual los hombres mueren antes pero las mujeres pasan más años con peor estado de salud como así lo demuestran el porcentaje de esperanza de vida libre de discapacidad para las mujeres suponga el 63% mientras que para los varones sea el 74%.^{17,18,19,20}

En resumen, a pesar de tener las mujeres una mayor esperanza de vida, presentan una mayor prevalencia de enfermedades crónicas, una percepción más negativa de su salud y una mayor utilización de los servicios sanitarios.

1.2 Diferencias de género en la utilización de servicios sanitarios:

Según los estudios, en comparación con los hombres, las mujeres hacen un mayor uso de los servicios de salud en las diferentes etapas de la vida.

Sin embargo, la mayor utilización de estos por parte de las mujeres, no es un hallazgo constante, sino que según varios de los estudios revisados depende del tipo de servicio. De esta manera, si bien es cierto que las mujeres tienden a utilizar con mayor frecuencia los servicios preventivos y de diagnóstico, los hombres hacen un mayor uso de los servicios de emergencia.^{13,22}

A parte de esto, distintos estudios han mostrado la existencia de desigualdades injustas en el trato que hombres y mujeres reciben por parte del sistema sanitario. De esta manera, se ha constatado una mayor severidad de los síntomas coronarios en las mujeres en comparación con los hombres a la hora de la realización de una revascularización coronaria, recibéndola en un estadio más avanzado de la enfermedad.^{23,24,25} A su vez otros trabajos sobre la hospitalización ante infarto agudo de miocardio en los que se tuvo en cuenta la variable de sexo, han revelado tasas más bajas de hospitalización para las mujeres.^{26,27}

También se ha observado una tendencia a medicalizar los procesos vitales no patológicos como la maternidad y la menopausia y se han detectado diferencias significativas en el consumo de psicofármacos siendo más alto para las mujeres.²⁸ Además es importante destacar que la tradicional exclusión de las mujeres en los ensayos clínicos puede

conducir a la aparición de efectos adversos tras el consumo de fármacos, como consecuencia de la extrapolación de los resultados a hombres y mujeres cuando solo se conoce la respuesta terapéutica de los primeros.²⁹

Gómez Gómez¹³, establece tres hipótesis explicativas en relación a la mayor utilización de los servicios sanitarios por parte de las mujeres, aclarando que esta situación no supone la expresión de ningún tipo de privilegio social. La primera hipótesis relaciona el mayor uso de los servicios sanitarios con la existencia de una mayor necesidad objetiva de servicios de salud de las mujeres respecto a los hombres, debida principalmente a las funciones reproductivas femeninas, las cuales generan un conjunto de necesidades particulares de atención en relación a la anticoncepción, el embarazo, el parto y el puerperio. Asimismo, las mujeres presentan unas tasas más altas de morbilidad y discapacidad a lo largo de la vida y, por su mayor longevidad, tienen mayores probabilidades de sufrir enfermedades crónicas asociadas a la edad. La segunda se apoya en la socialización diferencial entre mujeres y hombres como principal influencia en las actitudes y conductas de búsqueda de atención a la salud, destacando que el “rol de cuidadoras” asumido por muchas mujeres, hace que estén más familiarizadas con el reconocimiento y detección de los síntomas de enfermedad, y que tengan una mayor predisposición para la búsqueda de atención de la salud. En la misma línea, diversos estudios revisados sugieren que, los hombres tienden a ver la enfermedad y la búsqueda de atención como manifestaciones de debilidad que se contradicen con la imagen cultural masculina de fortaleza, valentía, autosuficiencia y dominio. Pese a ello, la influencia y contribución de estos factores de conducta son difícilmente medibles, y además, algunos estudios coinciden en afirmar que los hombres, cuando se enfrentan a problemas de salud graves, no existen diferencias significativas en la conducta de búsqueda de atención entre hombres y mujeres. Por último, la tercera hipótesis plantea que existen ciertos factores institucionales que favorecen esta mayor utilización de los servicios de salud por parte de las mujeres, siendo esta resultado de los sesgos de género existentes en los sistemas de provisión y financiamiento de la atención de la salud que favorecen a uno u otro sexo. De esta manera, el sistema puede contribuir a una mayor utilización por parte de las mujeres a través de la medicalización de procesos biológicos, el subsidio financiero a cierto tipo de servicios (anticonceptivos, por ejemplo) y las ineficiencias en la provisión de atención que se derivan de la fragmentación de la atención.

En definitiva, la salud de las mujeres además de por un componente biológico está condicionada por distintos determinantes psicosociales y socioeconómicos.¹

Para abordar la temática de estos determinantes, es necesario hacerlo bajo un enfoque que permita dar explicación a los patrones de utilización de servicios sanitarios, como es el caso del modelo de Andersen (1995).³⁰

Dicho modelo consiste en relacionar tres tipos de factores (predisponentes, facilitadores y de necesidad) para dar explicación a los diferentes patrones de utilización de los servicios de salud. Los factores predisponentes incluyen características sociodemográficas entre las que podemos citar la edad, el sexo, la educación, ocupación, clase social y actividad laboral. Los factores facilitadores se refieren a condiciones que garantizan la disponibilidad y acceso a servicios de salud y los factores de necesidad representan una de las causas más inmediatas del uso de los servicios habitualmente evaluados según el estado de salud percibido u otras variables relacionadas con la salud.³¹

1.3. Utilización de los servicios sanitarios en la población adulta mayor:

Otros determinantes como la edad pueden introducir más factores de desigualdad e inequidad agravando aún más la situación de las mujeres.

El progresivo envejecimiento poblacional es un fenómeno global, siendo España uno de los países donde este hecho es especialmente evidente. Las dos últimas décadas del siglo XX entrañaron para gran parte de los países desarrollados la entrada en una transición demográfica determinada por un descenso de la fecundidad y la prolongación de la esperanza de vida al nacer.³²

En España se calcula que para el año 2064 los mayores de 65 años representarán el 38,7% del total de la población, con un aumento progresivo de las mujeres.³³

Debido a este cambio demográfico y al hecho de que la población mayor sea la que utiliza un mayor número de recursos sanitarios, de forma previsible al presentar una mayor prevalencia de enfermedades y discapacidad, la realización de estudios para conocer la frecuencia de utilización de los servicios para estas edades cobra una gran importancia.

Un número creciente de publicaciones se ha interesado por las desigualdades sociales en salud existentes en la población adulta de edad avanzada, concluyendo que son mayores en dos grupos de población anciana: las mujeres y los individuos que pertenecen a las clases sociales más desfavorecidas.^{1,22,34,35,36,37}

Por todo lo anterior, el género y la edad, además de ser factores demográficos, deben ser considerados como dos de los ejes principales vinculados a la estructura social que influyen en el acceso y la utilización de los servicios de salud, que al interseccionar pueden agravar aún más la situación de las mujeres en lo referente a desigualdades en salud.

Sin embargo, en la literatura escasean los trabajos que estudian los factores contribuyentes a las desigualdades sociales en salud, cuyo conocimiento y entendimiento es indispensable para el mejor desarrollo de una respuesta sanitaria y social a las desigualdades por género y clase social en la población mayor de 65 años.¹⁰

La disponibilidad de la base de datos de la Encuesta Europea de Salud en España de 2014, una muestra de base poblacional, es una oportunidad de aproximarse al estudio de la utilización de los servicios de asistencia sanitaria en nuestro medio.³⁸

En consecuencia, el presente estudio pretende examinar las diferencias de género en la utilización de los principales tipos de servicios de atención sanitaria entre la población adulta mayor en España, estudiando estas en función de diferentes factores considerados en el modelo de uso de servicios de Andersen ya citado.

2. OBJETIVO

2.1. Hipótesis:

Existen desigualdades en el acceso y utilización de los servicios sanitarios en función del sexo en las personas mayores de 65 años en España.

2.2. Preguntas de investigación:

- ¿Existen diferencias en función del sexo en el acceso y utilización de los diferentes servicios de salud en personas mayores de 65 años en España?
- ¿Cómo contribuyen el estado civil, el nivel de estudios y la clase social en las diferencias de género en el uso de servicios de salud en personas mayores de 65 años en España?

2.3. Objetivo general:

Describir y analizar si existen desigualdades de acceso y utilización de los servicios sanitarios en España en personas mayores de 65 años en función del sexo.

2.4. Objetivos específicos:

- Analizar la asociación de factores sociodemográficos como el nivel de estudios, el estado civil y la clase social con la utilización de los servicios sanitarios en las mujeres y los hombres mayores de 65 años en España.
- Analizar las posibles diferencias en la utilización de servicios sanitarios según el sexo, en los diferentes intervalos de edad estudiados.

3. METODOLOGÍA:

3.1. Diseño del estudio y fuente de información:

Se realizó un estudio descriptivo transversal utilizando como fuente de información la Encuesta Europea de Salud en España de 2014, cuya finalidad es proporcionar información acerca de la salud de la población española, sus determinantes y estilos de vida, así como del uso de los servicios sanitarios. Esta encuesta forma parte del Plan Estadístico Nacional 2013-2016 y es promovida por el Instituto Nacional de Estadística en colaboración con el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. La población objetivo de la misma fue el conjunto de personas de 15 años y más residente habitual en las viviendas principales, siendo el ámbito geográfico donde se enmarcó todo el territorio nacional español. La recogida de datos de la misma se realizó entre enero de 2014 y enero de 2015.

Para la consecución del presente estudio la autora de este trabajo accedió a la base de datos de la EESE 2014 a través de la web del Instituto Nacional de Estadística y obtuvo la información correspondiente.

3.2. Muestreo:

El tipo de muestreo realizado por los autores de la EESE2014 fue trietápico estratificado.

3.3. Población de estudio:

La muestra de estudio se restringió a las personas encuestadas en la EESE2014 con una edad superior o igual a 65 años.

3.4. Consideraciones éticas:

Los microdatos están disponibles y anonimizados por lo que no se requirieron permisos para su utilización.

3.5. Variables del estudio:

3.5.1. Variables dependientes:

Para conocer la utilización de los servicios sanitarios, se consideraron once indicadores de la utilización de los servicios sanitarios abordados en la Encuesta Europea de Salud en España realizada en 2014 integrando diferentes niveles asistenciales:

- Utilización de Atención Primaria en las últimas cuatro semanas: variable cualitativa (si/no) creada a través de la recodificación del indicador de número medio de consultas al médico general en las últimas cuatro semanas.
- Número medio de consultas al médico general en las últimas cuatro semanas: variable cuantitativa continua.
- Utilización de Atención Especializada en las últimas cuatro semanas: variable cualitativa (si/no) creada a través de la recodificación del indicador de número medio de consultas al especialista en las últimas cuatro semanas.
- Número medio de consultas al especialista en las últimas cuatro semanas: variable cuantitativa continua.
- Hospitalización en los últimos doce meses: variable cualitativa (si/no).
- Número medio de ingresos hospitalarios en los últimos doce meses: variable cuantitativa continua.
- Duración media del último ingreso hospitalario en los últimos doce meses: variable cuantitativa continua que se refiere a la duración del ingreso hospitalario en días.
- Utilización de los servicios de urgencias en los últimos doce meses: variable cualitativa (si/no).
- Número medio de asistencia recibidas del Servicio de Urgencias en los últimos doce meses: variable cuantitativa continua
- Consumo de medicamentos prescritos por un médico en las últimas dos semanas: variable cualitativa (si/no).
- Polifarmacia: variable cualitativa (si/no) creada a través del sumatorio de los diferentes medicamentos incluidos en la EESE 2014, a excepción de aquellos únicamente con posibilidad de ser tomados por uno de los dos sexos así como los medicamentos naturistas, considerando polifarmacia al consumo por encima de 3 medicamentos según el criterio establecido por la OMS.

En la **Tabla 1** pueden verse dichas variables asociadas al número de pregunta correspondiente en el cuestionario de la EESE 2014, así como las dimensiones de las mismas tras la recodificación realizada.

3.5.2. Variables independientes:

Las variables estudiadas como posibles factores que facilitan o imponen barreras de utilización de los servicios sanitarios y que por lo tanto podrían influir en la creación de diferencias en función del sexo en la misma, se clasificaron de acuerdo con el modelo de Andersen en tres grupos: factores predisponentes, factores de necesidad y factores facilitadores o habilitantes (**Tabla 2**).

Factores de predisposición:

Dentro de los factores de predisposición, se tuvieron en cuenta las variables de sexo, edad, estado civil, nivel educativo y clase social, siendo el sexo la variable independiente principal del estudio.

- **Sexo:** Variable cualitativa categorizada en dos opciones de respuesta: mujer y hombre.
- **Edad:** Variable cuantitativa que refleja la edad, medida en años, de la persona encuestada. Para su tratamiento estadístico se realizó una categorización de la misma en cuatro intervalos de edades, pasando por tanto a ser considerada como cualitativa categórica. Al ser la población de estudio únicamente las personas mayores de 65 años se confeccionaron cuatro categorías para su tratamiento estadístico: de 65-69 años, de 70-74 años, de 75-79 años y 80 o más años.
- **Estado civil:** Variable cualitativa que describe el estado civil de la persona encuestada categorizándose este en cinco posibles categorías: soltera/o, casada/o, viuda/o, separada/o legalmente y divorciada/o.
- **Nivel educativo:** Variable cualitativa ordinal que refleja el mayor nivel educativo alcanzado por la persona encuestada a lo largo de su vida categorizado en la EESE 2014 según la siguiente escala: no sabe leer ni escribir, Educación primaria incompleta, Educación primaria, primera etapa de Enseñanza Secundaria, Enseñanza Bachillerato, Enseñanzas profesionales de grado medio, Enseñanzas profesionales de grado superior y Estudios Universitarios; y que en el presente estudio, para su análisis estadístico, se categorizó en cinco opciones de respuesta:
 - Sin estudios o estudios primarios incompletos

- Estudios primarios completos
 - Estudios secundarios y/o de bachillerato
 - Estudios de grado medio o similar
 - Estudios universitarios
- **Clase social:** Variable cualitativa ordinal que refleja la clase social de la persona mayor encuestada, a través de la propuesta efectuada por el Grupo de Trabajo de Determinantes de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE). Esta, asigna la clase social en función de la ocupación del sustentador principal del hogar valorada a partir de la Clasificación Nacional de Ocupaciones del 2011³⁹, estableciéndose seis categorías posibles:
- **Clase I.** Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a licenciaturas universitarias.
 - **Clase II.** Directores/as y gerentes de establecimientos de menos de 10 asalariados/as, profesionales tradicionalmente asociados/as a diplomaturas universitarias y otros/as profesionales de apoyo técnico. Deportistas y artistas.
 - **Clase III.** Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia.
 - **Clase IV.** Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas cualificadas.
 - **Clase V.** Trabajadores/as cualificados/as del sector primario y otros/as trabajadores/as semi-cualificados/as.
 - **Clase VI.** Trabajadores no cualificados.

Factores de necesidad:

- **Estado de salud percibido:** Se trata de una variable cualitativa dicotómica, definida como la percepción que tiene la persona sobre su estado de salud general en los últimos doce meses. Tras la recodificación de esta variable se clasificó como personas con buena salud a aquellas que valoraron su salud como muy buena o buena, frente a aquellas que la definieron como regular, mala o muy mala, a las cuales se les consideró como personas con mala salud.
- **Salud real:** Variable cualitativa dicotómica que representa el número de enfermedades crónicas o de larga duración diagnosticadas por un médico, que pueden o no necesitar cuidados durante un largo período, de la población de

estudio. Se excluyeron problemas temporales pero no los estacionales o recurrentes. Esta variable se categorizó en dos opciones: buena salud real o mala salud real. Dichas categorías se obtuvieron a través de la mediana de enfermedades crónicas o de larga duración de la muestra estudiada, al igual que en otros estudios revisados³⁶, considerando por tanto como personas con mala salud diagnosticada a aquellas con más diagnósticos que la mediana de la muestra.

- **Limitación funcional por problemas de salud en actividades habituales:** Variable cualitativa ordinal que establece el grado de limitación funcional en actividades de la vida cotidiana debido a problemas de salud y referido en: gravemente limitado/a, limitado/a pero no gravemente, nada limitado/a.

Factores facilitadores:

No se tuvo en cuenta ninguna variable englobada en el grupo de factores facilitadores ya que no se consideró de interés el análisis en función de la modalidad de seguro sanitario ya que más del 95% de la muestra cuenta con un modelo de sanidad pública de Seguridad Social. En cuanto al tamaño del municipio, no se incluyó en el estudio debido a la imposibilidad de obtener los datos a través de la plataforma del INE, pues dicha variable es utilizada para la estratificación de la muestra y no se halla en los microdatos ofrecidos.

Tabla 1: Variables dependientes del estudio

Utilización de los servicios sanitarios		
Variables	Dimensiones	Pregunta de la EESE 2014
Utilización de Atención Primaria en las últimas 4 semanas	- Si - No	Variable creada a partir de la pregunta N.P.49
Número medio de consultas al médico de familia en las últimas 4 semanas	- Número de veces	N. P.49. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuántas veces ha consultado con su médico general o médico de familia para usted mismo/a?
Utilización de Atención Especializada en las últimas 4 semanas	- Si - No	Variable creada a partir de la pregunta N.P.51
Número medio de consultas al especialista en las últimas 4 semanas	- Número de veces	N. P.51. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuántas veces consultó a un especialista para usted mismo/a?
Hospitalización en los últimos 12 meses	- Si - No	O.P.66a. Durante los últimos 12 meses, ¿ha tenido que ingresar como paciente al menos durante una noche?
Número medio de ingresos hospitalarios en los últimos 12 meses	- Número de veces	O.P.67a. ¿Cuántas veces ha estado hospitalizado/a en estos últimos doce meses?
Duración media (en días) del último ingreso hospitalario en los últimos 12 meses	- Número de días	O. P.70. En relación al último ingreso hospitalario que haya tenido por cualquier motivo, ¿cuántos días estuvo ingresado/a en el hospital?
Utilización de los servicios de urgencias en los últimos 12 meses	- Si - No	O.P.78. En los últimos 12 meses ha tenido que utilizar algún servicio de urgencias por algún problema o enfermedad?
Número medio de asistencias recibidas del servicio de urgencias en los últimos 12 meses	- Número de veces	O. P.79. Y en total, ¿cuántas veces tuvo que utilizar un servicio de urgencias en estos doce meses?
Consumo de medicamentos prescritos por un médico en las últimas dos semanas	- Si - No	P. P.85. Durante las dos últimas semanas, ¿ha consumido algún medicamento que le fuera recetado por un médico?
Polifarmacia	- Consumo de más de 3 medicamentos	Variable creada a partir de las preguntas incluidas en el apartado b de la P.87 ¿Cuál o cuáles de estos medicamentos prescritos ha consumido en las últimas dos semanas?

Tabla 2: Variables independientes del estudio (según el modelo de Andersen, 1995)³⁰

Factores predisponentes		
Variables	Dimensiones	Pregunta de la EESE 2014
Sexo	<ul style="list-style-type: none"> - Mujer - Hombre 	-
Edad	<ul style="list-style-type: none"> - 65-69 años - 70-74 años - 75-79 años - 80 y más años 	-
Estado civil	<ul style="list-style-type: none"> - Soltera/o - Casada/o - Viuda/o - Separada/o legalmente - Divorciada/o 	E. P.4b. ¿Cuál es su estado civil legal?
Nivel de estudios	<ul style="list-style-type: none"> - Sin estudios - Estudios primarios - Estudios de secundaria y/o bachillerato - Estudios de grado medio o similares - Estudios universitarios 	E. P.5. ¿Cuál es el mayor nivel de estudios que ha obtenido?
Clase social	<ul style="list-style-type: none"> - Clase I - Clase II - Clase III - Clase IV - Clase V - Clase VI 	F. P.9. ¿Cuál era la ocupación, profesión u oficio que desempeñó en su último empleo la persona que generó la pensión?
Factores de necesidad		
Estado de salud percibida en los últimos 12 meses	<ul style="list-style-type: none"> - Mala salud percibida - Buena salud percibida 	G. P.21. En los últimos doce meses, ¿diría que su estado de salud ha sido muy bueno, bueno, regular, malo, muy malo?
Salud real	<ul style="list-style-type: none"> - Mala salud real - Buena salud real 	G. P.25. ¿Padece o ha padecido alguna vez alguna de estas enfermedades?
Estado o limitación funcional por problemas de salud en los últimos seis meses	<ul style="list-style-type: none"> - Gravemente limitado/a - Limitado/a pero no gravemente - Nada limitado/a 	G. P.23. Durante al menos los últimos 6 meses, ¿en qué medida se ha visto limitado/a debido a un problema de salud para realizar las actividades que la gente habitualmente hace?

3.6. Análisis estadístico:

En primer lugar, se realizó la estadística descriptiva del estudio, a través del recuento y distribución porcentual por sexos de cada una de las variables cualitativas tenidas en cuenta como factores predisponentes y de necesidad, y especificando la media, mediana y desviación típica de las cuantitativas.

Posteriormente se realizó un análisis bivariado calculándose el porcentaje de individuos que utilizó cada uno de los servicios sanitarios estudiado según el sexo del adulto encuestado, siendo este la variable independiente principal, como reflejo de las diferencias relativas entre las mujeres y los hombres de 65 años y más. Para finalizar, se realizó este mismo análisis incluyendo los factores predisponentes con el fin de observar las diferencias entre hombres y mujeres en la utilización de servicios sanitarios en las diferentes categorías de los mismos. Dichas asociaciones se calcularon mediante el test de Chi-Cuadrado para las variables cualitativas y mediante la T de Student para los indicadores cuantitativos de utilización de los servicios sanitarios abordados. Para las variables cualitativas se calculó la Odds ratio (OR) con intervalos de confianza del 95% (IC 95%) para cada una de las asociaciones que mostraron diferencias estadísticamente significativas.

Para su descripción los resultados del análisis se distribuyeron en tres apartados; consulta al médico general y al especialista, consulta al Servicio de Urgencias e ingreso hospitalario y consumo de medicamentos prescritos por un médico y polifarmacia.

4. RESULTADOS:

La muestra total utilizada fue de 6520 personas \geq de 65 años, siendo el 59,8% mujeres y el 40,2% hombres (**Tabla 3**).

Tabla 3: Distribución de los sujetos del estudio según el sexo

Sexo	N	%
Hombre	2624	40,2
Mujer	3896	59,8
Total	6520	100,0

N: tamaño de la muestra

La distribución de mujeres y hombres según edad, estado civil, nivel de estudios y clase social (factores predisponentes) se muestra en la **tabla 4**, y en función de los indicadores del estado de salud, o factores de necesidad según Andersen en la **tabla 5**.

Tabla 4: Recuento y distribución porcentual de mujeres y hombres según los factores predisponentes estudiados (edad, estado civil, nivel de estudios y clase social):

	Sexo		Total
	Hombre N (%)	Mujer N (%)	
Edad			
65-69 años	748 (28,5%)	947 (24,3%)	1695 (26,0%)
70-74 años	632 (24,1%)	798 (20,5%)	1430 (21,9%)
75-79 años	495 (18,9%)	725 (18,6%)	1220 (18,7%)
Más de 80 años	749 (28,5%)	1426 (36,6%)	2175 (33,4%)
Estado civil			
Soltero/a	254 (9,7%)	300 (7,7%)	554 (8,5%)
Casado/a	1823 (69,5%)	1411 (36,2%)	3234 (49,6%)
Viudo/a	437 (16,7%)	2065 (53,0%)	2502 (38,4%)
Separado/a	55 (2,1%)	50 (1,3%)	105 (1,6%)
Divorciado/a	54 (2,1%)	65 (1,7%)	119 (1,8%)
Nivel de estudios			
Sin estudios	758 (29,9%)	1472 (38,1%)	2230 (34,8%)
Estudios primarios	1060 (41,7%)	1739 (45,0%)	2799 (43,7%)
Estudios de educación secundaria o bachillerato	366 (14,4%)	364 (9,4%)	730 (11,4%)
Estudios de grado medio o similares	57 (2,2%)	69 (1,8%)	126 (2,0%)
Estudios superiores/universitarios	298 (11,7%)	219 (5,7%)	517 (8,1%)
Clase social			
Clase social I	3 (7,5%)	65 (5,6%)	68 (5,6%)
Clase social II	1 (2,5%)	48 (4,1%)	49 (4,1%)
Clase social III	3 (7,5%)	163 (14%)	166 (13,7%)
Clase social IV	7 (17,5%)	184 (15,8%)	191 (15,8%)
Clase social V	19 (47,5%)	510 (43,7%)	529 (43,8%)
Clase social VI	7 (17,5%)	198 (17,0%)	205 (17,0%)

%; porcentaje dentro del sexo seleccionado

Debido a que en la base de datos sólo estaba recogida la información acerca de la ocupación de la persona que generó la pensión de 40 de 2624 hombres (1,52%), se concluyó no incluir el estudio de la influencia de la clase social en las diferencias entre

hombres y mujeres para la utilización de los servicios estudiados debido a la falta de representatividad de los posibles resultados.

En cuanto a los factores de necesidad estudiados, los resultados objetivaron un mayor porcentaje de mujeres con peor salud percibida, real y mayor grado de limitación funcional asociado a enfermedades crónicas. A su vez, se evidenció que más de la mitad de los individuos de la muestra percibían su salud como mala (56,3%), pero sin embargo sólo obtuvieron una mala salud real el 46,5% de los mismos según el criterio establecido para dicha variable. Además, casi la mitad de ellos no estaban limitados funcionalmente debido a las enfermedades crónicas que padecían. (**Tabla 5**)

Tabla 5: Recuento y distribución porcentual de mujeres y hombres según los factores de necesidad estudiados (salud percibida, salud real y grado de limitación funcional)

	Sexo		Total
	Hombre	Mujer	
	N (%)	N (%)	
Salud percibida			
Buena salud percibida	1334 (50,8%)	1516 (38,9%)	2850 (43,7%)
Mala salud percibida	1290 (49,2%)	2380 (61,1%)	3670 (56,3%)
Salud real			
Buena salud real	1729 (65,9%)	1761 (45,2%)	3490 (53,5%)
Mala salud real	895 (34,1%)	2135 (54,8%)	3030 (46,5%)
Grado de limitación funcional			
Gravemente limitado/a	274 (10,4%)	590 (15,1%)	864 (13,3%)
Limitado/a	854 (32,5%)	1653 (42,4%)	2507 (38,5%)
Nada limitado/a	1494 (56,9%)	1653 (42,4%)	3147 (48,3%)

%: porcentaje dentro del sexo seleccionado

4.1. Consulta al médico general y al médico especialista:

El periodo retrospectivo que recogen las encuestas en relación al uso de estos servicios es el mismo para la consulta del médico general y el especialista, 4 semanas, por lo que se decidió su presentación conjunta.

El porcentaje de mujeres que consulta al médico general fue ligeramente menor que el porcentaje de hombres que hizo uso de este servicio (**tabla 6**), sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas ($p=0,401$).

Cuando se estudió el porcentaje de población que visita al médico especialista, se observó que los resultados son similares, siendo este algo menor en las mujeres que en los hombres (**tabla 6**) con un valor de $p = 0,278$.

Tabla 6: Utilización del médico de Atención Primaria y Atención Especializada en ≥ 65 años en función del sexo

			Sexo		
			Hombre	Mujer	p
Atención Primaria					
-	¿Ha utilizado Atención Primaria en las últimas 4 semanas?	Si	1229 (51%)	1830 (49,9%)	p 0,401
		No	1179 (49%)	1837 (50,1%)	
Atención Especializada					
-	¿Ha utilizado Atención Especializada en las últimas 4 semanas?	Si	487 (27,4%)	661 (25,8%)	p 0,278
		No	1293 (72,6%)	1897 (74,2%)	

%; porcentaje dentro del sexo; p: significación de la prueba Chi-cuadrado, significancia cuando $p < 0,05$

Al analizar las variables sociodemográficas incluidas como factores predisponentes según el modelo de Andersen, se pudo observar las diferencias en las distintas categorías de las mismas en la utilización de los servicios:

- No existieron diferencias significativas en función del sexo en la utilización del médico general ni del especialista al incluir el estado civil, para ninguna de las categorías. Tanto las mujeres como los hombres separados legalmente fueron los que porcentualmente más utilizaron ambos servicios sanitarios con un 55,8% y un 53,3% respectivamente, siendo las mujeres y los hombres divorciados los que la utilizaron en un menor porcentaje (**tabla 7**).
- No se encontraron diferencias significativas en función del sexo en la utilización del médico general ni del especialista para ninguno de los diferentes intervalos de edad establecidos. Pese a ello, en el grupo de edad de ≥ 80 años, el porcentaje de hombres que acudieron al médico general es del 56,9% frente al 52,3% de mujeres, con una significación de p igual a 0,051. Se observó un aumento progresivo en la frecuentación de la consulta al médico general a la vez que aumente la edad de los encuestados tanto en hombres como en mujeres, sin embargo, esto último no ocurrió en la consulta al médico especialista, siendo más frecuente en el intervalo entre 65 y 69 años (**tabla 8**).

Tabla 7: Utilización del médico de Atención Primaria y Atención Especializada en función del estado civil y el sexo

	Sexo		
	Hombre	Mujer	p
Atención Primaria			
Soltero/a	117 (53,9%)	123 (45,2%)	p 0,069
Casada/o	838 (49,7%)	662 (50,1%)	p 0,854
Viudo/a	223 (54,8%)	999 (50,9%)	p 0,157
Separado/a	29 (55,8%)	24 (53,3%)	p 0,840
Divorciado/a	22 (48,9%)	21 (35,6%)	p 0,228
Atención Especializada			
Soltero/a	35 (23,0%)	43 (23,2%)	p 0,069
Casada/o	356 (28,0%)	265 (27,6%)	p 0,854
Viudo/a	77 (26,9%)	327 (24,5%)	p 0,157
Separado/a	7 (21,2%)	11 (34,4%)	p 0,840
Divorciado/a	12 (34,3%)	15 (34,1%)	p 0,228

%; porcentaje dentro del sexo; p: significación de la prueba Chi-cuadrado, significancia cuando $p < 0,05$

Tabla 8: Utilización del médico de Atención Primaria y Atención Especializada en función de la edad y el sexo

	Sexo		
	Hombre	Mujer	p
Atención Primaria			
65-69 años	299 (45,0%)	398 (45,6%)	p 0,836
70-74 años	269 (47,2%)	364 (48,6%)	p 0,617
75-79 años	257 (55,4%)	360 (52,1%)	p 0,279
> de 80 años	404 (56,9%)	708 (52,3%)	p 0,051
Atención Especializada			
65-69 años	132 (28,1%)	185 (29,1%)	p 0,737
70-74 años	124 (29,2%)	127 (24,4%)	p 0,104
75-79 años	91 (25,1 %)	124 (25,4%)	p 0,937
> de 80 años	140 (26,8%)	225 (24,6%)	p 0,378

%; porcentaje dentro del sexo; p: significación de la prueba Chi-cuadrado, significancia cuando $p < 0,05$

- No existieron diferencias significativas estadísticamente en función del sexo del adulto encuestado para ninguna de las categorías de nivel de estudio, observándose una mayor diferencia entre las mujeres y los hombres con estudios primarios ($p = 0,058$). Los hombres y mujeres sin estudios fueron los que más utilizaron la consulta del médico general o Atención Primaria, pero sin embargo, los hombres sin estudios o con estudios primarios fueron los que menos accedieron a la consulta de Atención Especializada, accediendo con mayor frecuencia los hombres con un nivel de estudios mayor. En las mujeres, aunque con una progresión no tan clara, ocurrió lo mismo (**Tabla 9**).

Tabla 9: Utilización del médico de Atención Primaria y Atención Especializada en función del nivel de estudios y el sexo

	Sexo		
	Hombre	Mujer	p
Atención Primaria			
Sin estudios	384 (54,1%)	759 (53,9%)	0,926
Estudios primarios	513 (52,3%)	798 (48,4%)	0,058
Estudios de educación secundaria o bachillerato	160 (48%)	145 (43,9%)	0,311
Estudios de grado medio o similares	24 (45,3%)	27 (42,9%)	0,852
Estudios superiores/universitarios	108 (42,9%)	89 (47,6%)	0,333
Atención Especializada			
Sin estudios	134 (26,9%)	230 (24,3%)	0,308
Estudios primarios	171 (24,2%)	292 (26,0%)	0,408
Estudios de educación secundaria o bachillerato	83 (32,9%)	72 (28,9%)	0,336
Estudios de grado medio o similares	14 (35,0%)	10 (22,2%)	0,232
Estudios superiores/universitarios	67 (30,3%)	51 (29,8%)	1,000

%; porcentaje dentro del sexo; p: significación de la prueba Chi-cuadrado, significancia cuando $p < 0,05$

Al estudiar los indicadores de utilización de servicios de carácter cuantitativo se observó que no existieron diferencias entre hombres y mujeres, siendo la media de consultas tanto al médico general como al médico especialista prácticamente la misma para los dos sexos (**Tabla 10**).

Tabla 10: Número medio de consultas al médico de Atención Primaria y Atención Especializada en función del sexo

	Sexo	N	Media	Desviación típica	Sig (bilateral)
Número de consultas a un médico general o de familia en las cuatro últimas semanas	Hombre	2408	,69	1,077	,731
	Mujer	3667	,68	,955	,737
Número de consultas a un médico especialista en las cuatro últimas semanas	Hombre	1780	,37	,802	,727
	Mujer	2558	,36	,826	,725

N: número de muestra; %: porcentaje dentro del sexo seleccionado;

4.2. Consulta al servicio de urgencias y hospitalización:

El periodo retrospectivo que recogen las encuestas en relación al uso del servicio de urgencias y al ingreso hospitalario fue el mismo, 12 meses, presentándose debido a ello de manera conjunta.

En cuanto a la utilización del servicio de Urgencias, los resultados mostraron una mayor utilización del mismo por parte de las mujeres, existiendo diferencias estadísticamente significativas (p 0,000) con una OR (IC95%) 1,12 (1,08-1,17) para las mujeres.

Cuando se estudió el porcentaje de población que ingresó en un hospital en los últimos doce meses, se observó que este fue mayor en hombres que en mujeres (**tabla 11**), existiendo diferencias estadísticamente significativas y una OR (IC95%) de 1,11 (1,03-1,20) para la población masculina. (**Tabla 12**)

Tabla 11: Utilización del Servicio de Urgencias e hospitalización en función del sexo

			Sexo		
			Hombre	Mujer	p
Ingreso Hospitalario					
-	¿Ha sido ingresado en un hospital en los últimos 12 meses?	Si	408 (15,5%)	516 (13,2%)	p 0,009
		No	2216 (84,5%)	3380 (86,8%)	
Servicio de Urgencias					
-	¿Ha utilizado el Servicio de Urgencias en los últimos 12 meses?	Si	666 (25,4%)	1232 (31.6%)	p < 0,001
		No	1958 (74,6%)	2664 (68,4%)	

%; porcentaje dentro del sexo; p: significación de la prueba Chi-cuadrado, significancia cuando p <0,05

Tabla 12: Odds ratio de la utilización del servicio de Urgencias y Hospitalización en función del sexo.

	Servicio utilizado	
	Consulta al Servicio de Urgencias OR (IC 95%)	Hospitalización OR (IC 95%)
Hombres	0,82 (0,77-0,88)	1,11 (1,03-1,20)
Mujeres	1,12 (1,08-1,17)	0,92 (0,87-0,98)

%; dentro del sexo seleccionado

Al tener en cuenta las variables sociodemográficas incluidas como factores predisponentes según Andersen, se evidenció lo siguiente:

- Existen diferencias significativas en función del sexo en la utilización del servicio de Urgencias al analizar la influencia del estado civil para la población casada, siendo más frecuente la utilización del mismo por parte de las mujeres, con un 30,9% respecto a un 25,9% por parte de los hombres (**Tabla 13**). En la población viuda estas diferencias también se observan sin llegar a ser significativas. Además se trata de los estratos que utilizan con un mayor porcentaje dicho servicio.
- Al igual que para el servicio de Urgencias, existen diferencias estadísticamente significativas en función del sexo en el ingreso hospitalario para la población casada y viuda (**Tabla 13**), siendo este más frecuente para los hombres que para las mujeres, con un 15,2% para los hombres casados y un 18,3% para los viudos, respecto a un 11,9% u 14,6% para las mujeres.
- No existieron diferencias significativas en función del sexo en la hospitalización para ninguno de los diferentes intervalos de edad establecidos. Pese a ello, al igual que en la utilización del médico general, en el grupo de edad de ≥ 80 años, la diferencia entre sexos fue casi significativa con un valor de p de 0,057.

En la utilización del servicio de urgencias, hubo diferencias significativas entre hombres y mujeres para los intervalos de edad de 65-69 años y 70-74 años.

Tanto en la consulta al servicio de urgencias como en la hospitalización se observó una mayor frecuentación progresiva a la vez que aumenta la edad de los adultos de la muestra, siendo por tanto más frecuentes en los individuos con 80 años y más. (**Tabla 14**)

Tabla 13: Utilización del Servicio de Urgencias y hospitalización en función del estado civil y el sexo

		Sexo		
		Hombre	Mujer	P
Ingreso Hospitalario				
	Soltero/a	34 (13,4%)	39 (13,0%)	p 0,900
	Casada/o	277 (15,2%)	168 (11,9%)	p 0,007
	Viudo/a	80 (18,3%)	301 (14,6%)	p 0,056
	Separado/a	7 (12,7%)	1 (2,0%)	p 0,062
	Divorciado/a	10 (18,5%)	6 (9,2%)	p 0,180
Urgencias				
	Soltero/a	50 (19,7%)	71 (23,7%)	p 0,302
	Casada/o	472 (25,9%)	436 (30,9%)	p 0,002
	Viudo/a	112 (25,6%)	694 (33,6%)	p 0,001
	Separado/a	14 (25,5%)	15 (30,0%)	p 0,665
	Divorciado/a	17 (31,5%)	14 (21,5%)	p 0,294

%; porcentaje dentro del sexo; p: significación de la prueba Chi-cuadrado, significancia cuando $p < 0,05$

Tabla 14: Utilización del servicio de Urgencias y hospitalización en función de la edad y el sexo

	Sexo		
	Hombre	Mujer	p
Ingreso Hospitalario			
65-69 años	95 (12,7%)	95 (10,0%)	p 0,088
70-74 años	83 (13,1%)	91 (11,4%)	p 0,329
75-79 años	84 (17,0%)	99 (13,7%)	p 0,121
> de 80 años	146 (19,5%)	231 (16,2%)	p 0,057
Urgencias			
65-69 años	152 (20,3%)	241 (25,4%)	p 0,015
70-74 años	136 (21,5%)	229 (28,7 %)	p 0,002
75-79 años	136 (27,5%)	254 (35,0%)	p 0,06
> de 80 años	242 (32,3%)	508 (35,6%)	p 0,129

%; porcentaje dentro del sexo; p: significación de la prueba Chi-cuadrado, significancia cuando $p < 0,05$

- No existieron diferencias entre hombres y mujeres estadísticamente significativas al incluir la influencia del nivel de estudios como factor predisponente para el ingreso hospitalario, a excepción de en los hombres y mujeres con estudios de

grado medio o similares, en los que la hospitalización fue más frecuente en los hombres con un 22,8% respecto a un 8,7% (**Tabla 15**)

En el servicio de urgencias se objetivó una mayor frecuentación del mismo en mujeres que en hombres sin estudios o con estudios primario, no encontrándose diferencias significativas en función del sexo para el resto de los niveles de estudios. Exceptuando la población con un nivel de estudios superiores o universitarios, las mujeres utilizaron en un mayor porcentaje este servicio. Tanto las mujeres como los hombres sin estudios fueron los que utilizaron con mayor frecuencia urgencias. (**Tabla 15**)

Tabla 15: Utilización Urgencias y hospitalización en ≥ 65 años en función del nivel de estudio y el sexo

	Sexo		
	Hombre	Mujer	p
Ingreso Hospitalario			
Sin estudios	132 (17,4%)	214 (14,5%)	0,084
Estudios primarios	157 (14,8%)	221 (12,7%)	0,124
Estudios de educación secundaria o bachillerato	44 (12,0%)	46 (12,6%)	0,823
Estudios de grado medio o similares	13 (22,8%)	6 (8,7%)	0,044
Estudios superiores/universitarios	46 (15,4%)	25 (11,4%)	0,199
Urgencias			
Sin estudios	224 (29,6%)	553 (37,6%)	0,000
Estudios primarios	253 (23,9%)	507 (29,2%)	0,002
Estudios de educación secundaria o bachillerato	94 (25,7%)	101 (27,7%)	0,559
Estudios de grado medio o similares	12 (21,1%)	19 (27,5%)	0,416
Estudios superiores/universitarios	62 (20,8%)	41 (18,7%)	0,319

%; porcentaje dentro del sexo; p: significación de la prueba Chi-cuadrado, significancia cuando $p < 0,05$

Al estudiar los indicadores de utilización del servicio de urgencias y del ingreso hospitalarios de carácter cuantitativo se observó que no hubo diferencias entre hombres y mujeres, siendo la media de utilización para ambos servicios muy similar para los dos sexos (**tabla 16**), así como el número de días de ingreso.

Tabla 16: Número medio de ingresos hospitalarios, duración (en días) del ingreso y utilización en función del sexo

	Sexo	N	Media	Desviación típica	Sig (bilateral)
Número de veces ingresado en un hospital en los últimos 12 meses, excluyendo parto o cesárea	Hombre	408	1,40	,999	,388
	Mujer	514	1,35	,949	,391
Duración media (en días) del último ingreso hospitalario en los últimos 12 meses	Hombre	406	8,67	14,220	,955
	Mujer	510	8,59	22,520	,952
Número de veces que utilizó el servicio de urgencias en los últimos 12 meses	Hombre	665	1,65	1,803	,985
	Mujer	1217	1,65	1,483	,986

4.3. Consumo de medicamentos prescritos por un médico:

En comparación con los hombres, el porcentaje de mujeres que consumió medicamentos prescritos fue claramente mayor (**tabla 17**), existiendo una probabilidad de 1,28 veces mayor de consumir medicamentos para las mujeres (**tabla 18**) que para los hombres.

Tabla 17: Consumo de medicamentos prescritos por un médico en ≥ 65 años en función del sexo

	Servicio utilizado	
	Consumo de medicamentos	
	prescritos N (%)	p
Hombres	2295 (87,5%)	p < 0,001
Mujeres	3597 (92,3%)	

%; porcentaje dentro del sexo; p: significación de la prueba Chi-cuadrado, significancia cuando $p < 0,05$

Tabla 18: Odds ratio para el consumo de medicamentos prescritos en ≥ 65 años en función del sexo

	Consumo de medicamentos prescritos OR (IC95%)
Hombres	0,74 (0,49-0,68)
Mujeres	1,28 (1,17-1,39)

Al estudiar las diferencias en función del sexo incluyendo los factores predisponentes se observó lo siguiente:

- Las mujeres casadas y viudas fueron las que presentaron una mayor probabilidad de consumir medicamentos de manera significativa, siendo las solteras y las divorciadas las que lo hicieron con menos frecuencia (**tabla 19**).

Tabla 19: Consumo de medicamentos prescritos en ≥ 65 años en función del estado civil y el sexo

	Sexo		
	Hombre	Mujer	p
Consumo de medicamentos prescritos			
Soltero/a	215 (84,6%)	264 (88%)	p 0,264
Casada/o	1598 (87,7%)	1282 (90,9 %)	p 0,004
Viudo/a	393 (89,9%)	1946 (94,2%)	p 0,002
Separado/a	45 (81,8%)	47 (94,0%)	p 0,077
Divorciado/a	44 (81,5%)	56 (86,2%)	p 0,616

%: porcentaje dentro del sexo; p: significación de la prueba Chi-cuadrado, significancia cuando $p < 0,05$

- Tanto en los hombres como en las mujeres se contempló un aumento progresivo del porcentaje de consumo de medicamentos a la vez que aumento el intervalo de edad, siendo así los de 80 años y más los que lo hicieron con una mayor frecuencia. Exceptuando en el intervalo de entre 75 y 79 años, existieron diferencias en función del sexo (**tabla 20**).

Tabla 20: Consumo de medicamentos prescritos en ≥ 65 años en función de la edad y el sexo

	Sexo		
	Hombre	Mujer	p
Consumo de medicamentos prescritos			
65-69 años	601 (80,3%)	827 (87,3%)	p < 0,001
70-74 años	545 (86,2%)	725 (90,9%)	p 0,007
75-79 años	453 (91,5%)	678 (93,5%)	p 0,217
> de 80 años	696 (92,9%)	1367 (95,9%)	p 0,004

%: porcentaje dentro del sexo; p: significación de la prueba Chi-cuadrado, significancia cuando $p < 0,05$

- En la población sin estudios o con estudios primarios se observaron diferencias significativas en el consumo de medicamentos prescritos para hombres y mujeres. Además en los dos sexos la población sin estudios fue la que hizo un mayor consumo de los mismos. (**Tabla 21**)

Tabla 21: Consumo de medicamentos prescritos en ≥ 65 años en función del nivel de estudio y el sexo

		Sexo		
		Hombre	Mujer	p
Consumo de medicamentos prescritos				
Sin estudios	681 (89,8%)	1407 (95,6%)	0,000	
Estudios primarios	929 (87,6%)	1590 (91,4%)	0,001	
Estudios de educación secundaria o bachillerato	306 (83,6%)	321 (88,2%)	0,089	
Estudios de grado medio o similares	50 (87,7%)	62 (89,9%)	0,780	
Estudios superiores/universitarios	252 (84,6%)	186 (84,9)	1,000	

%; porcentaje dentro del sexo; p: significación de la prueba Chi-cuadrado, significancia cuando $p < 0,05$

En cuanto a la variable polifarmacia, del total de la muestra un total de 2290 sujetos estaban polimedcados (35,1%) según el criterio establecido por la OMS. Al calcular esta variable en función del sexo, los resultados mostraron diferencias significativas estadísticamente con una OR (IC 95%) de 1,29 (1,24-1,34) para las mujeres. (**Tabla 22 y Tabla 23**)

Tabla 22: Polifarmacia en función del sexo

		Sexo		p
		Hombre	Mujer	
Polifarmacia	Si	686 (26,1%)	1604 (41,2%)	p < 0,001
	No	1983 (73,9%)	2292 (58,8%)	

%; porcentaje dentro del sexo; p: significación de la prueba Chi-cuadrado, significancia cuando $p < 0,05$

Tabla 23: Odds ratio para polifarmacia en hombres y mujeres

	Polifarmacia OR (IC95%)
Hombres	0,65 (0,60-0,70)
Mujeres	1,29 (1,24-1,34)

4.4. Factores de necesidad:

En cuanto a los factores de necesidad estudiados, los resultados objetivaron diferencias significativas en función del sexo para todos ellos, siendo tanto la salud real como la salud percibida y el grado de limitación funcional producido por enfermedades crónicas peor para las mujeres que para los hombres. (**Tabla 24 y 25**)

Tabla 24: Diferencias en función del sexo para los distintos factores de necesidad estudiados (salud percibida, salud real y grado de limitación funcional producido por enfermedades crónicas)

	Sexo		P
	Hombre N (%)	Mujer N (%)	
Salud percibida			
Buena salud percibida	1334 (50,8%)	1516 (38,9%)	p < 0,001
Mala salud percibida	1290 (49,2%)	2380 (61,1%)	
Salud real			
Buena salud real	1729 (65,9%)	1761 (45,2%)	p < 0,001
Mala salud real	895 (34,1%)	2135 (54,8%)	
Grado de limitación funcional			
Gravemente limitado/a	274 (10,4%)	590 (15,1%)	p < 0,001
Limitado/a	854 (32,5%)	1653 (42,4%)	
Nada limitado/a	1494 (56,9%)	1653 (42,4%)	

%: porcentaje dentro del sexo; p: significación de la prueba Chi-cuadrado, significancia cuando $p < 0,05$

Tabla 25: Odds ratio de la utilización del servicio de Urgencias y Hospitalización en función del sexo

	Factor de necesidad	
	Salud percibida OR (IC 95%)	Salud real OR (IC 95%)
Hombres	1,33 (1,25-1,41)	1,67 (1,57-1,78)
Mujeres	0,82 (0,78-0,85)	0,76 (0,68-0,74)

5. DISCUSIÓN:

Los determinantes sociales, cobran un gran peso en la salud de la población, siendo los responsables de dar explicación a la mayor parte de las inequidades sanitarias existentes, y teniendo estas una importante dimensión de género, apoyándose esta afirmación en el hecho de que las mujeres pese a vivir más tiempo que los hombres pasan mayor parte de su vida con mala salud, posiblemente como consecuencia de la intersección de los diferentes determinantes sociales con los roles de género establecidos.⁴⁰

Los resultados de nuestro estudio muestran que existen diferencias de uso de los servicios sanitarios por sexo en España.

Al ser este uno de los primeros estudios que analiza las disparidades en la utilización de los recursos sanitarios en función del sexo en población adulta española a través de los datos obtenidos en la EESE 2014, permite conocer datos que reflejen la situación actual respecto a la temática abordada, así como realizar una comparación con los resultados obtenidos con estudios anteriores y encuestas nacionales previas para conocer la evolución de estas diferencias a lo largo del tiempo.

Cabe señalar que nuestros resultados del análisis no mostraron una asociación generalizada entre sexo y mayor utilización de los servicios al contrario de lo que señalan otras investigaciones.^{35,41,42}

De esta manera, en lo que se refiere a Atención Primaria, no se encontraron diferencias en su utilización en función del sexo, no coincidiendo con los resultados obtenidos en cuanto a este servicio en el estudio de Urbanos Garrido¹⁸, en el que los hombres registraron una menor propensión a utilizar este servicio pudiendo asociarse a la negación de la debilidad propia del rol masculino.

En cuanto a la utilización de servicios de Atención Especializada, la falta de diferencias entre hombres y mujeres obtenida ya se observa en otro estudio, el cual concluye que no existe un patrón desigual en la derivación a servicios especializados para hombres y mujeres.¹⁸

Tampoco se observaron diferencias en ninguna de las categorías de los diferentes factores predisponentes para ninguno de los dos servicios.

En cuanto al Servicio de Urgencias, se observó una mayor utilización de dicho servicio por parte de las mujeres, no coincidiendo con parte de la literatura revisada. En el estudio realizado a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Salud en España de 2006 por Urbanos¹⁸, este es más frecuentado por hombres, explicándose esta mayor utilización en el hecho de que estos acuden menos a Atención Primaria, quizá por considerarlo como un sustitutivo del mismo. Sin embargo, este patrón ya se evidenciaba aunque con menos significación en la Encuesta Europea en España de 2009. 45

Además, el estudio realizado por Aguilar-Palacio et al.³⁶ con los datos de la Encuesta Nacional de Salud en España de 2012, tras ajustar estos datos por salud percibida, no obtuvo diferencias entre mujeres y hombres. Esto coincidiría con varios de los estudios revisados, los cuales apoyan que la calidad de vida percibida o los indicadores subjetivos de salud son los que mejor explican esa mayor utilización por parte de las mujeres.

En cuanto al ingreso hospitalario, de acuerdo con los resultados, las mujeres tienen una probabilidad significativamente menor a la de los hombres de ser hospitalizadas coincidiendo con la totalidad de estudios revisados, lo cual sí que podría apuntar según los estudios de Urbanos y Redondo-Sendino et al^{18,35}, hacia inequidades por razón de sexo ya que en ambos estudios tras ajustar estas tasas a los factores de predisponentes y de necesidad, la OR para la hospitalización de mujeres y hombres continuó sugiriendo que ante las mismas necesidades y características sociodemográficas las mujeres tienen una menor probabilidad de ser ingresadas.

Sin embargo, en esta misma línea, resultados similares en el estudio de Librero et al.²² sugieren que las diferencias en las tasas de hospitalización entre hombres y mujeres derivan mayoritariamente de diferencias entre sexos en la prevalencia de las enfermedades causantes de hospitalización antes que de un manejo diferencial de estas enfermedades en función del sexo. Pese a ellos, estos mismos autores remarcan que es esencial para cualquier análisis que abarque la utilización de los servicios sanitarios y las diferencias de género, dilucidar si dichas desigualdades se presentan en todo tipo de procesos, o si se aprecian comportamientos distintos para diferentes condiciones clínicas, como evidencian los resultados de García-Altés et al.⁴³ en los que se observa que la tasa de hospitalización es mayor en hombres que en mujeres en afecciones como el EPOC, el cáncer de pulmón o el accidente cerebrovascular, y sucede lo contrario con la cirugía de fractura de cuello de fémur.

Al observar dichas diferencias en función del estado civil, se observó que las mismas existían de forma clara en mujeres viudas y casadas, siendo significativas únicamente para las casadas. Así mismo se observaron diferencias sin llegar a ser significativas en la población mayor de 80 años entre hombres y mujeres, pudiendo asociarse al hecho de que los hombres que llegan a esta edad están cercanos a su esperanza de vida, quizá reportando una peor salud, aunque sin coincidir esta hipótesis pendiente de estudiar, con la “paradoja de morbilidad” entre hombres y mujeres existente.

En cuanto al consumo de medicamentos prescritos por un médico, los resultados del estudio indican que este es mayor en mujeres que en hombres para todos los intervalos de edad, los diferentes estados civiles y nivel de estudios, alcanzándose la significación estadística en estas diferencias en todos los grupos de edad a excepción del grupo entre 75-79 años y en los niveles de estudios primarios incompletos y completos. Datos similares se han obtenido en el estudio de Redondo-Sendino et al.³⁵ donde se pone de manifiesto que son las mujeres las que presentan un mayor consumo de fármacos prescritos, si bien es cierto que esta diferencia se redujo en parte al ajustar el consumo por el número de enfermedades crónicas, explicándose de la misma manera la polifarmacia.

Sin embargo, los resultados obtenidos por Matud Aznar et al.⁴⁴ centrados en la prescripción de fármacos ansiolíticos e hipnóticos, muestran un mayor consumo por parte de las mujeres a igual sintomatología. Y por su parte, Chilet-Rosell et al.⁴⁵ en su estudio acerca de la prescripción de analgésicos entre hombres y mujeres muestran que, teniendo en cuenta que estos datos puedan estar influenciados por la diferente expresión del dolor que puede existir entre hombres y mujeres, se hace una mayor prescripción de estos a las mujeres, derivándoles menos a Atención Especializada para el estudio del dolor responsable de ese consumo.

A la vista de los resultados, las diferencias en el uso de servicios sanitarios se concentrarían en la hospitalización y en el consumo de medicamentos, coincidiendo con la bibliografía consultada. Además tanto para la hospitalización como para el consumo, estas son significativas únicamente en la población casada y viuda, lo que puede indicar la influencia de los roles de género asumidos para cada una de los dos estados civiles, y el papel de prestadora de cuidados informal en el ámbito de la familia específicamente en el caso de las casadas.

Por último, pese a que en el presente estudio no se ha realizado un ajuste de la utilización de los diferentes servicios por los factores de necesidad según Andersen³⁰, se aprecian diferencias significativas en todos ellos de manera inequívoca, teniendo las mujeres una peor salud tanto real como percibida, así como un mayor grado de limitación funcional producido por las enfermedades crónicas que definen la salud real.

Según Morcillo et al.³⁴ pueden existir varios posibles argumentos para explicar este fenómeno, uno pondría en relación el hecho de que el estilo de vida de los hombres les lleva a sufrir enfermedades con mayor riesgo de muerte precoz, mientras que las mujeres son más propensas a enfermedades no fatales e incapacitantes, si las condiciones estructurales fueran más igualitarias para el género femenino, las mujeres presentarían una mejor salud subjetiva.

En relación a esto, cabe mencionar que prácticamente la totalidad de estudios revisados que abordan esta temática coinciden en señalar que estos factores de necesidad son los que mejor explicarían el elevado porcentaje de utilización de los servicios de salud por parte de la población adulta mayor, y de las mujeres que comprenden esta edad en particular, sin embargo, debido a que nuestros resultados no muestran una mayor utilización de los servicios de forma general por parte de las mujeres la tendencia puede estar cambiando, reportando igualmente mala salud percibida y real un importante porcentaje de las mujeres, pero no haciendo un mayor uso de los servicios a excepción del consumo de fármacos y Urgencias, existiendo así una mayor inequidad. Además hay que tener en cuenta que tal y como señala Ruiz Cantero et al.¹² puede ocurrir que quienes más servicios consumen sean los más perjudicados por estar sometidos a los denominados “riesgos de sobreexposición”.

No obstante, es importante tener en cuenta las limitaciones de un estudio de estas características. En primer lugar, la muestra incluye únicamente a ancianos no institucionalizados, por lo que tanto los resultados de mala salud como los de utilización de los servicios pueden verse infraestimados, así como los de consumo de medicamentos y polifarmacia. Además, el sesgo de memoria podría cobrar importancia en la población estudiada debido a los amplios períodos retrospectivos recogidos en las variables y la edad de la población estudiada, sin embargo, hay que tener en cuenta que en el caso de incapacidad del adulto seleccionado un informante es el encargado de rellenar la encuesta y el hecho de que los participantes residan en una comunidad es un indicador indirecto del buen estado cognitivo de estos pacientes. En tercer lugar, aunque se ha incluido el

estudio de buena cantidad de indicadores de utilización de diversos servicios sanitarios, otros estudios incluyen otros como las pruebas diagnósticas, la atención dental y la cirugía ambulatoria. Así mismo, cabe mencionar que en el presente estudio no se ha realizado un ajuste de la Odds Ratio por factores predisponentes y de necesidad al igual que en la mayor parte de estudios revisados, si no que se ha observado las diferencias de uso de los servicios en función del sexo para las diferentes categorías de las variables que se incluyen en los mismos. De esta manera, las Odds Ratio calculadas no son exactas, pues para mayor fiabilidad deberían ajustarse en función de los mismos así como de otros muchos factores determinantes no incluidos en la mayor parte de los estudios como por ejemplo, el motivo de consulta, y además, al no realizarse de esta manera en ninguno de los estudios revisados los resultados son menos comparables, sin embargo esta metodología nos permite observar si estas desigualdades crecen o por el contrario, disminuyen en cada una de las categorías dando pie a nuevas hipótesis explicativas de las diferencias observadas.

Por último, los resultados descritos proceden de un estudio transversal, por lo que no es posible discutir los resultados en términos de relaciones causales. Sin embargo, al tratarse de una encuesta representativa a nivel nacional con un elevado tamaño muestral, que incluye una amplia gama de servicios de atención a la salud, aporta una visión global de la utilización de recursos sanitarios, siendo esta la principal fortaleza del estudio.

Además, debido a que los datos fueron recogidos en el año 2014, en el cual ya estaba implantado el modelo de receta electrónica, los datos obtenidos sobre la utilización de Atención Primaria no estarían en un principio influenciados por las visitas únicamente realizadas para obtener recetas.

6. CONCLUSIONES:

- Los resultados del análisis ponen de relieve desigualdades en el estado de salud tanto real como percibido, así como diferencias en el uso de los servicios sanitarios analizados a excepción del servicio de Atención Primaria y Atención Especializada entre hombres y mujeres, siendo más frecuente en mujeres el uso del Servicio de Urgencias y el consumo de medicamentos prescritos y la polifarmacia, y en hombres la hospitalización. Sin embargo, tanto para Urgencias como para el ingreso hospitalario estas diferencias se objetivaron en el acceso a los mismos y no en el número medio de ingresos en cada uno de ellos.
- Los resultados muestran una concentración de estas diferencias para la población casada y viuda, no pudiendo observarse una homogeneidad clara para el nivel de estudios.
- Las diferencias en función del sexo en los distintos intervalos de edad se observan con más fuerza en la población mayor de 80 años para el ingreso hospitalario y en la población más joven del estudio (65-69 y 70-74 años) para el servicio de Urgencias. En cuanto al consumo de medicamentos este fue más frecuente significativamente en mujeres de todos los intervalos de edad a excepción del comprendido entre 75 y 79 años.
- Es necesario que desde las instituciones públicas se continúen promoviendo el desarrollo de políticas, tanto sanitarias como sociales, encaminadas a la reducción de inequidades en la utilización de los servicios sanitarios. Todo ello prestando especial interés a los colectivos particularmente vulnerables, como lo son las personas mayores y las mujeres. Sin embargo, para lograr avanzar en la interpretación de las desigualdades de género sería necesario conocer el origen de las mismas para poder actuar sobre ellas, no bastando solo el identificarlas.

7. AGRADECIMIENTOS:

A mi co-tutora, Carmen Muro, por su gran empeño en desarrollar este trabajo de la mejor manera y actitud posible ofreciéndome su interés, tiempo y conocimientos en todo momento. A Cuca Tomás, por encaminarme hacia el tema desarrollado, permitiéndome empezar a dedicar parte de mis estudios a las inequidades existentes entre mujeres y hombres con el fin de contribuir a que adquiriera la relevancia social necesaria.

8. BIBLIOGRAFÍA:

1. Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Avanzando hacia la equidad: propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Ministerio de Sanidad y Política Social, Madrid: 2010.
2. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv.* 1992; 22: 429-45.
3. Marmot M, Allen J, Bell R, Bloomer E, Goldblatt P. WHO European review of social determinants of health and the health divide. *Lancet.* 2012; 380:1011-29.
4. Borrell Carme, Artazcoz Lucía. Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. *Gac Sanit [Internet].* 2008 [citado 10 Jun 2018]; 22(5):465-473. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112008000500012&lng=es
5. Whitehead M, Dahlgren G. Concepts and principles for tackling social inequities in health. *Levelling up (I).* Copenhagen: World Health Organization; 2006. *Studies on social and economic determinants of population health* nº 2.
6. Navarro V, Muntaner C, Borrell C, Benach J, Águeda Q, Rodríguez-Sanz M, et al. Politics and health outcomes. *Lancet.* 2006; 368:1033-7.
7. Asamblea Mundial de la Salud, 51. La salud para todos en el siglo XXI. Organización Mundial de la Salud. 1998 [citado 10 Jun 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/iris/handle/10665/85408>
8. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud [Internet]. 2008 [citado 10 Jun 2018]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701_spa.pdf
9. Marmot M. Commission on Social Determinants of Health. Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. *Lancet.* 2007; 370 (9593):1153-63.
10. Navarro V, Benach, J. Desigualdades sociales en salud en España. Comisión Científica de estudios de las desigualdades sociales en salud en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo y The School of Hygiene and Public Health, The Johns Hopkins University. 1996.

11. Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. Publicada en el Boletín Oficial del Estado el 23 de marzo de 2007; 12611-12645.
12. Ruiz Cantero MT. Sesgos de género en la atención sanitaria. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2009.
13. Gómez Gómez E. Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2002 [citado 10 Jun 2018];11(5/6):327-33. Disponible en: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002000500008&lng=pt&nrm=iso&tlng=es
14. Urbanos R. La desigualdad en el acceso a las prestaciones sanitarias. Propuestas para lograr la equidad. Gac Sanit. 2016; 30(S1):25-30.
15. Oliver A, Mossialos E. Equity of access to health care: outlining the foundations for action. J Epidemiol Community Health. 2004; 58:655- 658.
16. Borrell C, García-Calvente M.M, Martí-Boscà JV. La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. Gac Sanit [Internet]. 2004 [citado 10 Jun 2018]; 18(4):2-6. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000400002&lng=es
17. Borrell C. et al. Desigualdades socioeconómicas y planes de salud en las comunidades autónomas del Estado español. Gac Sanit. 2005; 19 (4):277-284.
18. Urbanos R. Determinantes de salud y utilización de servicios sanitarios: un análisis de desigualdad desde la perspectiva de género. Presupuesto y Gasto Público. 2011; 64 (3): 117-130.
19. Oksuzyan A, Petersen I, Stovring H, et al. The male-female health-survival paradox: A survey and register study of the impact of sex-specific selection and information bias. Annals of Epidemiology. 2009; 19: 504-511.
20. Sanderson W, Scherbov S. Gender Inequality in Survival at Older Ages. IIASA Working Paper. 2017. IIASA, Laxenburg, Austria: WP-17-002ç
21. Payne S. Gender mainstreaming as a global policy paradigm: barriers to gender justice in health. Journal of International and Comparative Social Policy. 2014; 30(1): 28-40.
22. Librero J et al. Las hospitalizaciones de las personas mayores según sexo. Patrones comunes y discrepantes. Atlas de Variaciones en la Práctica Médica del Sistema Nacional de Salud. 2010; 5 (1), 287-297.

23. Beery TA. Sesgo de género en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad arterial coronaria. *Heart Lung*. 1995; 24:427-435.
24. Wenger NK. Enfermedad coronaria en mujeres: diferencias de género en la evaluación diagnóstica. *J Am Med Womens Assoc* 1994; 49: 181-185.
25. Aguilar MD, Lázaro P, Fitch K, et al. Gender differences in clinical status at time of coronary revascularisation in Spain. *Journal of Epidemiology & Community Health* 2002; 56:555-559.
26. Larrañaga N, Basterretxea M. Infarto agudo de miocardio con ingreso hospitalario en Gipuzkoa. *Gac Sanit*. 2002; 16:60.
27. Segura A, Zurriaga O, Rohlfes I, Marrugat J, Marco R, Riera M, et al. Estudio IBERICA. *Gac Sanit*. 2002; 16:60.
28. Velasco S. Recomendaciones para la práctica clínica con enfoque de género. Madrid: Observatorio de Salud de la Mujer, Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009,55.
29. Ruiz-Cantero MT, Verdú-Delgado M. Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. *Gac Sanit*. 2004;18 (Supl 1):118–25.
30. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav* 1995; 36:1-10.
31. Arrivillaga M, Borrero Y. Visión comprensiva y crítica de los modelos conceptuales sobre acceso a servicios de salud, 1970-2013. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2016 [citado 10 Jun 2018]; 32(5):e00111415. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00111415>
32. Bellán A, Pujol R. Un perfil de las personas mayores en España, 2015. Indicadores estadísticos básicos. Madrid, Informes Envejecimiento en red nº 10. 2015[citado el 11 de Junio de 2018]. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos15.pdf>
33. Instituto Nacional de Estadística: Proyección de la Población de España 2014–2064. 2014. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np870.pdf>
34. Morcillo V, Lorenzo-Cáceres AA, Domínguez P, Rodríguez R, Torijano MJ. Desigualdades en la salud autopercebida de la población española mayor de 65 años. *Gac Sanit* [Internet]. 2014 Dic [citado 2018 Jun 12]; 28(6): 511-521. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112014000600016&lng=es.

35. Redondo-Sendino A, Guallar-Castillón P, Banegas, JR, Rodríguez-Artalejo F. Gender differences in the utilization of health-care services among the older population of Spain. *BMC Public Health*. 2006; 6:155
36. Aguilar-Palacio I, Carrera-Lasfuentes P, Solsonac S, Sartolod MT, Rabanaque MJ. Utilización de servicios sanitarios en ancianos (España 2006-2012): influencia del nivel de salud y de la clase social. *Aten Primaria*. 2016;48(4):235-243.
37. Cano Pérez et al. Utilización de los servicios de Atención Primaria, Atención Especializada y consumo de medicamentos por la población de 65 años y más en la Comunidad de Madrid. *Rev Esp Salud Pública*. 2016; 90: 1-11
38. Instituto Nacional de Estadística (2014): Encuesta Europea de Salud en España 2014. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/pdf/EESE14_inf.pdf. Consultado en
39. Domingo-Salvany A, Bacigalupe A, Carrasco JM, Espelt A, Ferrando A, Borrell C. Proposals for social class classification based on the Spanish National Classification of Occupations 2011 using neo-Weberian neo-Marxist approaches. *Gac Sanit*. 2013; 27:272
40. Organización Mundial de la Salud. Determinantes sociales de la salud. [Internet] [citado 10 Jun 2018]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/es/
41. Van Oostrom SH, Picavet HS, de Bruin SR, Stirbu I, Korevaar JC, Schellevis FG, et al. Multimorbidity of chronic diseases and health care utilization in general practice. *BMC Family Practice*. 2014; 15 (1):1-20.
42. Alcala MV, Puime AO, Santos MT, Barral AG, Montalvo JI, Zunzunegui MV. Prevalencia de la fragilidad en una población urbana de mayores de 65 años y su relación con comorbilidad y discapacidad. *Aten Primaria*. 2010;42(10):520-527.
43. García-Altés A, Rodríguez-Sanz M, Pérez G, Borrel C. Desigualdades en salud y en la utilización y el desempeño de los servicios sanitarios en las Comunidades Autónomas. *Cuadernos económicos de ICE*. 2008. N°75: 115-128.
44. Matud Aznar M, García Pérez L, Bethencourt Pérez JM, Rodríguez-Wangüemert C. Gender and the use of anxiolytic and hypnotic drugs in Spain *Journal of Feminist, Gender and Women Studies*. 2017; 5: 23-31.
45. Chilet-Rosell E, Ruiz-Cantero MT, Fernández J, Álvarez-Dardet C. Inequality in analgesic prescription in Spain. A gender development issue. *Gac Sanit*. 2013; 27(2):135-142.

46. Instituto Nacional de Estadística (2010): Encuesta Europea de Salud en España 2009. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p420&file=inebase&L=0>.